



Universidade de Aveiro
2017

Departamento de Educação e Psicologia

**MARILUZ GOMES
BARATA**

**INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL EM
ADOLESCENTES COM ANSIEDADE SOCIAL**



**MARILUZ GOMES
BARATA**

**INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL EM
ADOLESCENTES COM ANSIEDADE SOCIAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e da Doutora Paula Emanuel Rocha Martins Vagos, Professora Auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade Portucalense.

Dedico este trabalho à minha família e a todas as pessoas com ansiedade social, em especial, aos adolescentes que participaram neste estudo.

o júri

Presidente

Prof^a Doutora Josefa das Neves Simões Pandeirada

Equiparada a Investigadora Auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Luiza Isabel Gomes Freire Nobre Lima

Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Prof^a Doutora Paula Emanuel Rocha Martins Vagos

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade Portucalense

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas e instituições que de alguma forma colaboraram para que este trabalho fosse realizado...

À Prof.^a Doutora Paula Vagos pela partilha contínua de conhecimentos, por ter orientado e acompanhado cada etapa deste trabalho, por todas as sugestões e desafios à curiosidade científica, pelo apoio, disponibilidade, motivação e compreensão... Muito obrigada!

À Prof.^a Doutora Anabela Pereira por todos os conhecimentos transmitidos, pelo interesse que sempre demonstrou em acompanhar o meu percurso, por todas sugestões e orientações na resolução de problemas, pelo apoio, cuidado, disponibilidade e compreensão....

A todos os Professores do curso de Psicologia da Universidade de Aveiro pelos conhecimentos transmitidos e pela disponibilidade que sempre demonstraram, por terem enriquecido o meu caminho na procura de saber.

Ao Dr. João Paulo Mineiro, diretor da Escola Secundária Quinta das Palmeiras, pela disponibilidade que sempre demonstrou.

Ao Colégio D. José I, ao Agrupamento de Escolas José Estêvão e à Escola Secundária Quinta das Palmeiras, por colaborarem neste estudo, nomeadamente aos alunos, que participaram na amostra do trabalho.

A todos os colegas de curso com os quais de alguma forma convivi, em especial, à Sónia Santos pela partilha, disponibilidade, carinho e amizade...e à Ana Félix a disponibilidade demonstrada.

Às Cooperadoras da Família da Casa de Santa Zita em Aveiro pelo apoio e carinho que sempre demonstraram e por me fazerem sentir em casa.

Aos meus amigos e amigas pelo apoio, compreensão... pela amizade, por me dizerem: «*se quiseres desanuviar, avisa!*», ao Negrito que tantas vezes me ajudou com a sua presença.

Por último, agradeço às pessoas com as quais a vida sempre tem sentido... Mãe, Pai, Avó e Irmã por estarem sempre presentes na minha vida, pelo amor incondicional...

A todos a minha gratidão!

palavras-chave

Intervenção comportamental, ansiedade social, adolescência, comportamentos de segurança, evitamento.

resumo

Os estudos sobre a eficácia terapêutica na ansiedade social têm sido realizados sobretudo com adultos, sendo escassa a investigação realizada em adolescentes. De igual modo, a intervenção tem-se centrado nos modelos cognitivos, negligenciando uma perspetiva comportamental sobre a ansiedade social. O presente trabalho pretende averiguar a eficácia terapêutica de uma intervenção comportamental dirigida a adolescentes com ansiedade social, aplicada em formato de grupo e em contexto escolar. Procurou-se avaliar nos adolescentes a ansiedade e o evitamento de situações sociais, a adoção de comportamentos de segurança e o impacto da ansiedade social a nível académico, social e familiar.

Este estudo compreendeu quatro fases: a seleção dos adolescentes com ansiedade social nas escolas, a avaliação pré-intervenção, a intervenção comportamental e a avaliação pós-intervenção.

A amostra deste estudo foi constituída por 15 adolescentes com ansiedade social, distribuídos num grupo experimental ($n=11$), que foi alvo de intervenção comportamental, e num grupo de controlo ($n=4$) que não foi sujeito a qualquer intervenção. Foram investigadas as alterações no grupo experimental por comparação ao grupo de controlo (efeito grupo), a variação da avaliação pré-intervenção para a avaliação pós-intervenção dos participantes (efeito tempo) e examinou-se a interação do efeito tempo e do efeito grupo. Foi também a mudança intra-individual, considerando o quanto o desempenho do respondente se aproximava no fim da intervenção do que seria esperado de uma amostra normativa.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos efeitos em estudo, para as variáveis ansiedade, comportamentos de evitamento, comportamentos de segurança e incapacidade pessoal. Contudo, analisaram-se as mudanças clínicas em cada participante e verificou-se uma tendência para a recuperação clínica nos participantes do grupo experimental, quando comparados aos do grupo de controlo, nos comportamentos de evitamento e nos comportamentos de segurança. A intervenção comportamental, aplicada neste estudo, teve alguma influência na redução / eliminação dos comportamentos de evitamento e dos comportamentos de segurança dos adolescentes intervencionados, o mesmo não se tendo verificado nos adolescentes não intervencionados. Estes resultados poderão ser um incentivo para investigações futuras ao nível da intervenção comportamental em adolescentes com ansiedade social.

keywords

Behavioral intervention, social anxiety, adolescence, safety behaviors, avoidance.

abstract

Studies on therapeutic efficacy of intervention programs in social anxiety have been conducted mainly with adults, with little research done on adolescents. Similarly, intervention has focused on cognitive models, neglecting a behavioral perspective on social anxiety. This study aims to investigate the therapeutic efficacy of a behavioral intervention directed at adolescents with social anxiety, applied in a group format and in a school context. We attempted to evaluate anxiety and avoidance of social situations in adolescents, the adoption of safety behaviors and the impact of social anxiety at the academic, social and family levels.

This study comprised four phases: screening for adolescents with social anxiety symptoms in schools, pre-intervention evaluation, behavioral intervention and post-intervention evaluation. The sample of this study consisted of 15 adolescents with social anxiety disorder, distributed in an experimental group ($n = 11$), who was the target of the behavioral intervention, and in a control group ($n = 4$) who did not undergo any intervention. We investigated the changes in the experimental group by comparison to the control group (group effect), the variation of the pre-intervention evaluation for the post-intervention evaluation (time effect) and examined the interaction of the time and group effects. The intra-individual change was also investigated, considering how much the respondent's performance approached, by the end of the intervention, that that would be expected from a normative sample. There were no statistically significant differences in the effects under study, for the variables anxiety, avoidance behaviors, safety behaviors and personal incapacity. However, the clinical changes analyses showed a stronger tendency for clinical recovery in the participants of the experimental group, when compared to those in the control group, particularly for diminished avoidance and safety behaviors. The behavioral intervention, applied in this study, had some influence on the reduction / elimination of avoidance and safety behaviors practiced by the intervened adolescents, while the same did not occur in the non-intervened adolescents. These results may be an incentive for future investigations into the efficacy of behavioral intervention in adolescents with social anxiety.

Índice

Introdução	1
Método	5
Participantes	5
Instrumentos	7
Procedimentos	9
Procedimentos Estatísticos	11
Resultados	13
Discussão	19
Referências Bibliográficas	23
Anexos	27

Introdução

A ansiedade e o medo são emoções adaptativas que ajudam a reagir a uma ameaça imediata e a prever ameaças futuras. Vivenciar graus ligeiros de ansiedade em situações sociais não impede um funcionamento social adequado, podendo até ser benéfico ao desempenho social. Porém, alguns indivíduos experienciam níveis demasiado elevados de ansiedade, o que origina sofrimento e interfere negativamente na vida social destes indivíduos (Pinto-Gouveia, 2000). Nestes casos, a resposta ansiosa pode tornar-se patológica se for excessiva, irracional e interferir significativamente na rotina diária das pessoas.

Os critérios para o diagnóstico de perturbação de ansiedade social, ou fobia social, referem o medo e/ou ansiedade intensos e persistentes face à exposição social e à eventual avaliação por outras pessoas, que decorre em situações sociais durante pelo menos 6 meses. As situações sociais típicas envolvem as interações sociais (por exemplo, manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), a observação (por exemplo, enquanto come ou bebe) e o desempenho (por exemplo, apresentar um trabalho ou falar em público). Este medo ou ansiedade é desproporcional tendo em conta a ameaça real e leva a que a situação seja evitada ou suportada com ansiedade e medo intensos. Destaca-se que, nas crianças e nos adolescentes, a ansiedade deve ocorrer também com os pares e não apenas com adultos (American Psychiatric Association, 2014). É nestas fases de vida, infância / adolescência, que esta perturbação usualmente se inicia, com uma prevalência estimada de aproximadamente 7%, com maior incidência nas raparigas do que nos rapazes (Hofmann & Dibartolo, 2010; Kearney, 2005; Rao et al, 2017).

A adolescência caracteriza-se pela crescente autonomia dos adolescentes em relação aos pais, e a outros adultos, e pela acentuada importância dos pares nas suas relações sociais, constituindo um desafio repleto de solicitações sociais (Sprinthall & Collins, 1994; Vagos, 2010). Ao mesmo tempo, alguns estudos sugerem um aumento dos medos e dos comportamentos de fuga /evitamento na adolescência, que favorece o desenvolvimento e/ou a manutenção da perturbação de ansiedade social (Hofmann & DiBartolo, 2010; Piccirillo, Dryman, & Heimberg, 2016)

Os comportamentos de segurança e de evitamento, característicos da ansiedade social, são estratégias utilizadas para evitar ou para lidar com as situações sociais tidas como ameaçadoras, prováveis e catastróficas. Estes comportamentos são praticados com a finalidade de proteger a própria pessoa dos eventos sociais considerados ameaçadores,

assim como, das consequências inerentes (ativação fisiológica, rejeição social, avaliação negativa...). Os comportamentos de segurança podem, portanto, ter como objetivo evitar a exposição aos outros (por exemplo, a pessoa ansiosa pode não comparecer a uma festa, ou ir a uma festa, mas conversar apenas com pessoas conhecidas) e/ou prevenir a avaliação negativa dos outros (por exemplo, numa apresentação oral a pessoa ansiosa poderá realizar uma memorização excessiva do texto) (Vagos, Salvador, Rijo, Pandeirada & Essau, submetido).

Estes comportamentos são de natureza idiossincrática, podendo, no entanto, caracterizar-se em função do contexto (por exemplo, desencadear a resposta de ansiedade face a situações pseudo ameaçadoras), do propósito (por exemplo, prevenir a ocorrência de resultados temidos), e do custo (por exemplo, grau de interferência no desempenho) (Piccirillo et al, 2016). Os comportamentos de segurança podem ser classificados, quanto ao modo como se manifestam, de forma despercebida /coberta (por exemplo, ensaio mental) ou de forma visível /aberta (por exemplo, evitar o contacto visual); quanto ao alvo a que se destinam, podem ser externos (por exemplo, situações, pessoas, atividades) ou podem ser internos (por exemplo, pensamentos, emoções, memórias) (Thwaites & Freeston, 2005; Vagos et al, submetido).

Alguns autores defendem que os comportamentos de segurança estão associados à manutenção da ansiedade social, alegam que impedem o confronto com evidências que contestem as experiências negativas face às situações sociais; alegam também que as pessoas ansiosas atribuem o efêmero e aparente sucesso social aos comportamentos de segurança, menosprezando as próprias competências sociais; e defendem ainda que os comportamentos de segurança podem aumentar a probabilidade da ocorrência das consequências temidas (Piccirillo et al, 2016). A distinção entre um comportamento de segurança, que mantém a ansiedade social, e um comportamento de enfrentamento (*coping*), que enfrenta a situação temida, assenta na intenção da pessoa quando pratica o comportamento (i.e., qual é o seu objetivo, é evitar ou prevenir / gerir a situação?). (Thwaites & Freeston, 2005; Vagos et al, submetido). Assim, os comportamentos de segurança surgem como um alvo de intervenção a considerar junto àqueles que sofrem de perturbação de ansiedade social, podendo interferir com a forma como as situações são percebidas, o próprio autoconceito, e o próprio sucesso social.

Em relação à intervenção em adolescentes com ansiedade social, um dos modelos prioritários, que tem revelado alguma eficácia terapêutica, é o modelo cognitivo-comportamental que combina estratégias cognitivas com estratégias

comportamentais (Rao et al, 2017). As principais estratégias deste modelo baseiam-se na psicoeducação, na automonitorização, na terapia cognitiva [i.e., identificação de pensamentos automáticos negativos (PAN) antes, durante e depois da situação social; desafio / questionamento das distorções cognitivas, reestruturação e modificação de crenças irracionais; construção de pensamentos alternativos realistas; treino atencional], na teoria comportamental [i.e., exercícios de controlo somático (i.e., respiração, relaxamento muscular), treino de competências sociais e assertividade, técnicas baseadas na exposição (i.e., exposição com prevenção de resposta, dessensibilização sistemática e gradual, ao vivo e/ou em imaginação)] (Clark & Beck, 2010; Kearney, 2005; Pinto-Gouveia, 1999; Vagos et al, submetido).

Apesar do sucesso deste tipo de intervenção combinada (i.e., combinando estratégias cognitivas com comportamentais), continua escasso o estudo sobre os ingredientes ativos deste sucesso terapêutico (i.e., dever-se-á o sucesso às intervenções cognitivas ou às intervenções comportamentais?) (Vagos et al, submetido).

O paradigma comportamental enquanto aplicado à ansiedade social encara-a como um encadeamento de estímulos e respostas que formam o «ciclo da ansiedade social», com base em condicionamentos sequenciais. O condicionamento surge quando as respostas de ansiedade social (por exemplo, a ativação fisiológica), respostas incondicionadas, são associadas a um estímulo (por exemplo, a situação social), estímulo condicionado, tornando-se em respostas condicionadas a esse estímulo em particular. Estas respostas de ansiedade (ativação fisiológica), se forem emparelhadas / associadas a comportamentos de segurança ou a comportamentos de evitamento, são então mantidas por um processo de reforço positivo ou negativo, enquadrado no âmbito de um condicionamento operante (Vagos et al, submetido).

Assim, a prática de comportamentos de evitamento e de segurança é uma contingência de manutenção da ansiedade social. Os comportamentos de evitamento ou de fuga constituem reforços negativos porque removem, impedem ou adiam a exposição à situação social temida, perpetuam-se porque originam algum bem-estar. (Piccirillo et al., 2016). Quando a fuga não é possível, os comportamentos de segurança surgem como alternativa, podem assumir a forma de «congelar», por exemplo, não falar, passar despercebido; ou assumir a forma de «lutar», por exemplo, memorizar em pormenor o texto da apresentação oral (Vagos et al, submetido). Por outro lado, a prática destes comportamentos de segurança, «congelar» e «lutar», pode permitir algum controlo social, ainda que aparente, associando-se assim a um eventual reforço positivo

(Piccirillo et al., 2016). A sua manutenção poderá dever-se a um sistema de reforço intermitente num sistema de tentativa e erro para reduzir a ansiedade social (Dymond & Roche, 2009; Vagos et al, submetido).

Desta forma mantida, por reforço negativo e positivo, a ansiedade social pode tornar-se uma resposta generalizada. As pessoas com ansiedade social apresentam elevada generalização da resposta de ansiedade, tendendo a transferir a resposta de medo ou de ansiedade para estímulos semelhantes ao estímulo condicionado, que surgem no mesmo contexto e ao mesmo tempo que o estímulo ameaçador (e.g. generalização da resposta de medo aquando da perceção de expressões faciais emocionais neutras) (Ahrens et al, 2006). Esta contiguidade é particularmente evidente em situações sociais, que não se circunscrevem a um estímulo fóbico, mas contemplam a ocorrência simultânea e imprevisível de múltiplos estímulos, para os quais vai sendo disseminada a resposta de ansiedade social (Dymond & Roche, 2009).

De acordo com Vagos et al (submetido), a intervenção comportamental pode alterar as relações condicionadas entre situações sociais e a resposta de ansiedade e pode alterar as contingências inerentes aos comportamentos de segurança. A estratégia de exposição é transversal na intervenção comportamental, contudo não pode ser exclusiva, devendo ser combinada com outras estratégias comportamentais, nomeadamente, reforço positivo, contracondicionamento / inibição recíproca, respiração diafragmática, relaxamento muscular, treino de comportamentos de gestão das situações sociais. (Vagos et al, submetido).

Importa também a escassez de estudos de eficácia terapêutica junto a adolescentes com perturbação de ansiedade social, quer no que respeita à terapia cognitivo-comportamental (Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004), quer no que se refere à terapia comportamental. Os mesmos autores salientam que as terapias usadas com os adolescentes são versões adaptadas da intervenção definida para adultos; portanto, podem pecar por não serem desenhadas tendo particularmente em conta as experiências quotidianas de adolescentes.

O objetivo geral deste estudo é testar a eficácia terapêutica de uma intervenção comportamental dirigida a adolescentes com ansiedade social, de curta duração e pensada para aplicação em formato de grupo e em contexto escolar. Especificamente, pretende-se, em primeiro lugar, verificar se as alterações apresentadas pelo grupo experimental, por comparação ao grupo de controlo, resultam dos efeitos da intervenção comportamental nas variáveis: ansiedade / desconforto e evitamento de situações

sociais, comportamentos de segurança e impacto da ansiedade social a nível académico, social e familiar.

As hipóteses de investigação permitem esperar, no grupo experimental, uma diminuição da ansiedade, dos comportamentos de evitamento, dos comportamentos de segurança e do impacto da ansiedade a nível académico, social e familiar, da pré-intervenção para a pós-intervenção (efeito tempo – fator intra-sujeito / grupo). De igual modo, é expectável que esta redução da ansiedade, dos comportamentos de evitamento, dos comportamentos de segurança e do impacto da ansiedade a nível académico, social e familiar, ocorra apenas no grupo experimental e não se verifique no grupo de controlo (efeito grupo – fator inter-sujeitos / grupos). Espera-se, portanto, que o efeito tempo seja diferente entre o grupo experimental e o grupo de controlo (efeito interação tempo-grupo).

Método

Este estudo é constituído por quatro fases. A primeira fase teve como objetivo seleccionar adolescentes com ansiedade social em estabelecimentos de ensino. Três escolas da região centro manifestaram interesse em colaborar. A segunda fase consistiu em avaliar individualmente, em pré-intervenção, os adolescentes seleccionados, com o objetivo de identificar se cumpriam os critérios de inclusão para intervenção. A terceira fase envolveu a intervenção comportamental. Por fim, a quarta fase consistiu na avaliação pós-intervenção.

Participantes

Os questionários de *screening* foram preenchidos por 257 adolescentes, sendo que 205 deles foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, nomeadamente, não apresentaram valores superiores à média na Escala de Ansiedade para Adolescentes. Ao todo foram seleccionados 52 adolescentes para a avaliação de pré-intervenção, e destes, 22 adolescentes foram integrados na intervenção; os restantes não cumpriram os critérios de inclusão, designadamente, ter um diagnóstico primário de fobia social e não receber acompanhamento psicológico para a fobia social. O Anexo A sintetiza o processo de seleção dos participantes e da amostra.

Tal como se pode observar na tabela 1, a amostra total deste estudo foi constituída por 15 adolescentes, estudantes do 9º/11º e 12º anos de escolaridade, 40% dos adolescentes estudam numa escola do distrito de Castelo Branco (n=6) e 60% estudam em duas escolas do distrito de Aveiro (n=9). As idades são compreendidas entre os 14 e 18 anos (M=15.33; DP=1.39). Em relação ao sexo, 40% são do sexo

masculino (n=6) e 60% são do sexo feminino (n=9). O número de anos de escolaridade concluídos pelos estudantes é variável entre um mínimo de 8 anos e um máximo de 11 anos (M=9.0; DP=1.19), com uma média de 0.20 reprovações (DP=0.56; a oscilar entre 0 e 2 anos). Quanto ao nível socioeconómico, 46.7% da amostra situa-se no nível médio (n=7), 40% no nível baixo (n=6) e 13.3% no nível alto (n=2).

Tabela 1- Caracterização da amostra e dos grupos.

	Amostra completa		FS-GE		FS-GC	
	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	15.33	1.39	15.27	1.35	15.50	1.73
Número de Anos de Escolaridade Concluídos	9	1.19	8.91	1.22	9.25	1.25
Número de Reprovações	0.20	0.56	0.27	0.65	0.00	0.00
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	9	60%	7	63.6%	2	50%
Masculino	6	40%	4	36.4%	2	50%
Nível Socioeconómico						
Baixo	6	40%	6	54.5%	0	0%
Médio	7	46.7%	4	36.4%	3	75%
Alto	2	13.3%	1	9.1%	1	25%

FS-GE: Grupo com fobia social sujeito à intervenção comportamental – grupo experimental. FS-GC: Grupo com fobia social em lista de espera – grupo de controlo. Os dados para idade, números de anos de escolaridade concluídos e número de reprovações são apresentados em M e DP; os dados para sexo e nível socioeconómico são apresentados em n e %.

A amostra foi dividida em dois grupos: a) Grupo Experimental (FS-GE), que inclui adolescentes com fobia social sujeitos à intervenção comportamental, correspondendo a 73.3% da amostra (n=11); b) Grupo de Controlo (FS-GC), que inclui os adolescentes com fobia social colocados em lista de espera e que não foram sujeitos a intervenção, correspondendo a 26.7% da amostra (n=4).

As médias relativas à idade são aproximadas no grupo experimental e no grupo de controlo, verificando-se uma diferença não significativa [$t(13)=-0.269$; $p=0.792$]. Quanto ao número de anos de escolaridade concluídos, a diferença de médias entre o grupo experimental e o grupo de controlo também não é significativa [$t(13)=-0.475$; $p=0.643$]. No que se refere ao número de reprovações, mais uma vez, a diferença de médias entre grupos não é significativa [$t(13)=824$; $p=0.425$].

Em relação ao sexo dos participantes do grupo experimental e do grupo de controlo, verifica-se uma distribuição homogénea [$\chi^2(1)=0.23$; $p=0.634$]. De igual modo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas na distribuição dos

participantes dos grupos de controlo e experimental por nível socioeconómico [$\chi^2(2)=3.67$; $p=0.159$].

Instrumentos

Para seleccionar adolescentes com ansiedade social foram aplicados os seguintes instrumentos:

Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescent*; La Greca & Lopez, 1998; versão portuguesa de Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre, Salvador 2004): avalia as experiências de ansiedade social dos adolescentes no contexto das interações com os pares. É um questionário de autorresposta, constituído por 22 itens, 4 dos quais são neutros e não são contabilizados na cotação total. As respostas aos itens seguem a escala de *Likert* de 5 pontos, podendo a pontuação oscilar de 18, como valor mínimo, a 90, como valor máximo. Quanto maior a pontuação, maior a ansiedade social. Esta escala é constituída por três subescalas: FNE – 8 itens para o medo e a preocupação com a avaliação negativa por parte de outros, SAD/*New* – 6 itens para o desconforto ou evitamento em situações sociais novas ou que envolvam pares desconhecidos e SAD/*General* – 4 itens para o desconforto e evitamento social generalizado na interação com pares. A escala apresenta boa consistência interna (FNE: $\alpha=0.91$; SAD-*New*: $\alpha=0.83$ e SAD-*General*: $\alpha=0.76$) e uma boa validade concorrente (La Greca & Lopez, 1998). A versão portuguesa da escala apresenta boa consistência interna, quer considerada na totalidade ($\alpha=0.88$), quer para as subescalas (FNE: $\alpha=0.87$; SAD-N: $\alpha=0.74$; SAD-G: $\alpha=0.71$); e apresenta estabilidade temporal aceitável ($r=0.74$). A escala é sensível a mudanças que decorrem do tratamento e apresenta uma validade convergente satisfatória (Salvador, 2009). O ponto de corte de 55 permite uma boa classificação de adolescentes com ou sem fobia social. (Cunha, Pinto-Gouveia, Alegre, & Salvador, 2004). Tal ponto de corte da medida total da escala foi utilizado para fazer uma triagem inicial dos alunos a serem chamados para avaliação individual, a qual tinha por objetivo verificar o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão (cf. Procedimentos).

Entrevista Estruturada: M.I.N.I-KID - Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Crianças e Adolescentes (Sheehan, Shytle., Milo & Janavs, 1998-2016; versão portuguesa Ribeiro da Silva, Motta, Rijo & Brazão, 2016). É uma entrevista clínica estruturada que avalia diversas perturbações mentais do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), designadamente, perturbações de humor, de ansiedade, psicóticas,

do comportamento alimentar, relacionadas com o abuso de substâncias, hiperatividade e déficit de atenção, de ajustamento e perturbações do desenvolvimento; permite também avaliar o risco de suicídio. Foi utilizada para verificar o cumprimento de vários critérios de inclusão e exclusão (cf. Procedimentos).

Com o objetivo de avaliar os adolescentes em pré-intervenção e em pós-intervenção foram aplicados os seguintes questionários de ansiedade social:

Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (Cunha, Pinto-Gouveia, & Salvador, 2004): é uma escala de autorresposta que avalia a ansiedade social pelo grau de desconforto (ansiedade) e evitamento manifestado nas situações sociais. É constituída por 34 itens, com uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos. Esta escala subdivide-se em duas subescalas com pontuações independentes, uma subescala avalia a ansiedade e o desconforto (na escala de respostas de 1=nada a 5=muitíssimo), a outra subescala avalia o comportamento de evitamento (na escala de respostas de 1=nunca a 5=quase sempre). Cada subescala tem 6 fatores: comer e beber em público, interação em situações sociais novas, interação com o sexo oposto, interações assertivas, desempenho em situações sociais formais, ser observado pelos outros. Quanto maior o resultado, maior a ansiedade e o evitamento. A consistência interna é elevada na subescala de ansiedade e boa na subescala de evitamento ($\alpha=0.91$ e $\alpha=0.83$ respetivamente). Os valores relativos à consistência interna para cada fator da subescala de ansiedade e da subescala de evitamento são respetivamente os seguintes: comer e beber em público ($\alpha=0.88$ e $\alpha=0.87$), interação em situações sociais novas ($\alpha=0.80$ e $\alpha=0.72$), interação com o sexo oposto ($\alpha=0.90$ e $\alpha=0.90$), interações assertivas ($\alpha=0.83$ e $\alpha=0.71$), desempenho em situações sociais formais ($\alpha=0.82$ e $\alpha=0.81$), ser observado pelos outros ($\alpha=0.88$ e $\alpha=0.83$). Esta escala apresenta estabilidade temporal moderada ($r=0.74$, $p\leq 0.01$, subescala de ansiedade; $r=0.71$, $p\leq 0.01$, subescala de evitamento), possui também uma boa validade convergente e divergente, sendo sensível a mudanças de tratamento (Vagos, Pereira, & Cunha., 2014).

No presente estudo, a consistência interna, para a subescala de ansiedade, foi boa (i.e., superior a 0.70) nos seguintes fatores: interação em novas situações sociais - avaliação pós-intervenção ($\alpha=0.85$), interação com o sexo oposto – avaliação pré e pós-intervenção ($\alpha=0.86$ e $\alpha=0.89$) e interações assertivas – avaliação pré e pós-intervenção ($\alpha=0.81$ e $\alpha=0.91$); para a subescala de evitamento, a consistência interna foi boa nos seguintes fatores: interação em novas situações sociais - avaliação pré-intervenção ($\alpha=0.84$), interação com o sexo oposto - avaliação pré e pós-intervenção ($\alpha=0.87$ e

$\alpha=0.84$), desempenho em situações sociais formais - avaliação pós-intervenção ($\alpha=0.84$) e interações assertivas - avaliação pré-intervenção ($\alpha=0.82$) (cf. Resultados)

Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (Salvador, Cunha, Pinto-Gouveia, em preparação), avalia os comportamentos de segurança dos adolescentes em situações sociais. É constituída por 20 itens, com uma escala de resposta tipo *Likert* de 4 pontos (1=nunca, 4=quase sempre). Quanto maior a pontuação, maior a frequência de utilização de comportamentos de segurança. A escala tem uma estrutura unifatorial, cuja consistência é boa ($\alpha=0.81$). Esta escala apresenta também boa estabilidade temporal ($r=0.81$, $p<0.01$), boa validade convergente e divergente, e boa sensibilidade ao tratamento (Silva, Salvador, & Pinto Gouveia, 2010). No presente estudo, na avaliação pré-intervenção, o nível de consistência interna foi aceitável ($\alpha=0.71$) e, na avaliação pós-intervenção, foi bom ($\alpha=0.82$) (cf. Resultados).

Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social – (Pinto-Gouveia, 2000). Esta escala avalia o grau em que a ansiedade social incapacita ou interfere no dia-a-dia da pessoa, sendo constituída por 3 itens referentes a três áreas da vida: trabalho e/ou estudos, vida social e vida afetiva. A escala de resposta é do tipo *Likert* com 10 pontos (de 0=nada incapacitante a 10=severamente). Esta escala apresenta boa validade convergente e divergente, e é sensível a mudanças resultantes do tratamento (Salvador, 2009).

Procedimentos

Primeira Fase – Seleção.

Três escolas aceitaram colaborar com o presente estudo. Nas três escolas, os alunos e os encarregados de educação foram informados dos objetivos, das etapas e das condições do estudo, garantindo-se a confidencialidade. Para a participação dos alunos, foi solicitado o consentimento informado e a autorização aos encarregados de educação. Na triagem e seleção dos participantes, as três escolas optaram pelo preenchimento da Escala de Ansiedade para Adolescentes, por todos os alunos autorizados pelos respetivos encarregados de educação. Os alunos com resultados mais elevados seriam alvo da avaliação de pré-intervenção.

Segunda Fase – Avaliação de Pré-Intervenção

Todos os participantes que obtiveram pontuações acima do valor 55 na Escala de Ansiedade para Adolescentes foram convocados para uma avaliação individual de pré-intervenção, em horário combinado com cada aluno. Os restantes participantes

terminaram a participação neste projeto. A sessão de avaliação de pré-intervenção tinha início com uma entrevista estruturada de diagnóstico com base na MINI-KID - Entrevista Neuropsiquiátrica Mini-Internacional para Crianças e Adolescentes, com o objetivo de avaliar os seguintes critérios de inclusão: a) Ausência provável de deficiência cognitiva, b) Ausência de sintomatologia psicótica, c) O diagnóstico primário de perturbação de ansiedade social (a comorbilidade não era considerado critério de exclusão, desde que a perturbação de ansiedade social fosse diagnóstico principal), d) Não receber, no momento, acompanhamento psicológico para a ansiedade social.

Após a entrevista, e apenas se cumprindo os critérios de inclusão no estudo, os alunos responderam aos questionários de aurorelato descritos acima. Os participantes que não cumpriram os critérios de inclusão cessaram a sua participação no estudo.

Terceira Fase – Intervenção comportamental

Foram constituídos 3 grupos para a intervenção comportamental: 2 grupos com 4 participantes e 1 grupo com 3 participantes (n=11); foi constituído 1 grupo em «lista de espera» – grupo de controlo com 4 participantes (n=4). Os participantes dos 3 grupos da intervenção comportamental seguiram para a intervenção após a avaliação de pré-intervenção. Quanto aos participantes do grupo de controlo, 2 participantes apenas iniciaram a intervenção após terem sido avaliados duas vezes (pré-intervenção e reavaliação), com um intervalo de tempo de cerca de seis semanas e os outros 2 participantes também foram avaliados duas vezes com um intervalo de tempo de pelo menos seis semanas, mas depois recusaram iniciar a intervenção.

Os terapeutas que realizaram as avaliações de pré-intervenção em cada escola ficaram responsáveis por implementar a intervenção na respetiva escola. As sessões de intervenção foram previstas para um período ininterrupto de seis semanas: 1 sessão por semana (no total 6 sessões), com a duração de aproximadamente 1 hora. Contudo, devido às férias escolares ou a feriados, os grupos interromperam as sessões, pelo que o período de tempo em que decorreu a intervenção oscilou entre 6 e 9 semanas. A integridade da intervenção foi assegurada da seguinte forma: a) os terapeutas tinham o mesmo manual de intervenção em terapia comportamental para os medos sociais dos adolescentes; b) as sessões de intervenção foram supervisionadas pela Prof. Doutora Paula Vagos, investigadora pós-doutoral; c) os terapeutas de intervenção tinham de fazer registos escritos sobre o decurso de cada sessão, nomeadamente, sobre o cumprimento ou não dos objetivos e das dinâmicas de grupo.

Cada sessão tinha objetivos e dinâmicas de grupo a concretizar, 2 dinâmicas de grupo por sessão, todas as dinâmicas foram diferentes, com a duração aproximada de no mínimo de 10/15 minutos e no máximo de 30/40 minutos. Os objetivos de cada sessão e as respetivas dinâmicas encontram-se sintetizados no Anexo B. Em concreto, as sessões perseguiram os seguintes objetivos: familiarizar os participantes com o modelo comportamental, promover a exposição comportamental dentro e fora da sessão; eliminar a prática de comportamentos de segurança de forma gradual e hierárquica, iniciando por situações que ativam comportamentos de segurança até situações que suscitam evitamento; incentivar a prática de comportamentos alternativos funcionais que, progressivamente, fossem substituindo os comportamentos de segurança, e que permitissem enfrentar as situações temidas. Estes comportamentos de gestão foram treinados por recurso a role-play (Vagos, Rijo & Salvador, não publicado).

Quarta Fase – Avaliação de Pós-Intervenção

A avaliação individual de pós-intervenção foi realizada após a sexta sessão de intervenção. Esta avaliação tinha início com a entrevista estruturada de diagnóstico baseada na MINI-KID - Entrevista Neuropsiquiátrica Mini-Internacional para Crianças e Adolescentes. Seguidamente, os participantes preencheram os mesmos questionários de autorrelato apresentados na avaliação de pré-intervenção e já descritos neste estudo, sendo acrescido o Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida – Revista (Machado & Ramos, 2006). Nesta sessão foram combinadas, com cada participante, as sessões de acompanhamento (follow-up) após 3 meses e após 6 meses da intervenção, cujos resultados não foram recolhidos em tempo útil à presente investigação.

Procedimentos Estatísticos

Os resultados foram analisados com recurso ao programa estatístico SPSS (IBM SPSS Statistics - versão 20). Inicialmente, para descrever as características da amostra, procedeu-se ao cálculo das estatísticas descritivas, tais como médias e desvios-padrão. A diferença de médias entre as variáveis dependente e independentes foi analisada através do *Teste- T* para amostras independentes e do *Chi-Square Tests* para variáveis categóricas.

A eficácia terapêutica foi avaliada por recurso a comparação inter-sujeitos e por análise intra-sujeito. No primeiro caso, pretendeu-se avaliar se os adolescentes sujeitos à intervenção diferiram, ao longo do tempo, dos adolescentes não sujeitos à intervenção. No segundo caso, objetivou-se avaliar a magnitude da mudança clínica individual de

cada adolescente, na medida em que o torna mais próximo do esperado para uma amostra normativa.

Para avaliar as mudanças estatísticas e clínicas na ansiedade social dos participantes ao nível inter-sujeitos foi aplicado um desenho de ANOVA de medidas repetidas e natureza mista, nomeadamente, foi usado o *Mauchly Test* para verificar a assunção de esfericidade, o *coeficiente de Greenhouse-Geisser* quando essa assunção não se verificou. Foi testado o efeito tempo como fator intra-sujeitos: avaliação pré-intervenção e avaliação pós-intervenção. O efeito grupo foi testado como fator entre sujeitos, nomeadamente, a condição grupo experimental que foi alvo da intervenção comportamental e a condição grupo de controlo que ficou em «lista de espera». Foi ainda analisado o efeito de interação do tempo (avaliação pré e pós intervenção) e do grupo (grupo experimental e grupo de controlo). O objetivo foi verificar se houve alteração na ansiedade social dos participantes da avaliação pré-intervenção para avaliação pós-intervenção, e perceber se há diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo. As variáveis dependentes foram a ansiedade e evitamento social analisados a partir da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, a prática de comportamentos de segurança via a Escala de Comportamento de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes, e o impacto causado pela ansiedade social na vida académica, social e afetiva, tal como avaliada pela Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social.

As mudanças clínicas em cada um dos participantes (mudança intra-sujeito) foram analisadas por recurso ao Índice de Mudança Confiável (RCI: *Reliable Change Index*; Jacobson & Truax, 1991). Este índice permite testar a eficácia de um programa de intervenção ou de uma terapia, fornecendo informações sobre os efeitos do tratamento para cada indivíduo, nomeadamente, se um participante melhora ou se deteriora por comparação com a sua avaliação inicial (Conboy, 2003). O Índice de Mudança Confiável (RCI) permite testar a hipótese nula em relação a mudanças clinicamente significativas, em função da distribuição normal (Maaseen, 2001) e considerando o erro de medição dos instrumentos (Jacobson & Truax, 1991). Para o presente estudo, e com base em Wise (2004), consideraram-se os seguintes valores por categoria: recuperação, com valores superiores a 1.96; remissão, oscila entre -1.28 e -1.96; melhoria, varia entre -0.84 e -1.28; sem mudança, se os valores se situarem entre 0.84 e -0.84; deterioração ligeira, oscila entre 0.84 e 1.28; deterioração moderada, varia entre 1.28 e 1.96; e deterioração, refere-se a valores superiores a 1.96. Contudo, neste

estudo, para a interpretação do RCI, consideramos apenas 3 categorias: melhoria global (recuperação, remissão e melhoria), sem mudança e deterioração global (deterioração ligeira, deterioração moderada e deterioração).

Resultados

Primeiramente foram analisadas as estatísticas descritivas da Escala de Comportamento de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes e da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes. As médias e os desvios-padrão encontram-se descritos na Tabela 2. No grupo experimental, da avaliação pré-intervenção para a avaliação pós-intervenção, o valor da média decresce em cinco fatores da subescala de evitamento, na Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes. Designadamente nos fatores: comer e beber em público, interação em novas situações sociais, interação com o sexo oposto, desempenho em situações sociais formais e ser observado por outros. No grupo de controlo, nos mesmos fatores nas mesmas subescalas, o valor da média aumentou.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas e *alfa de Cronbach* para a ECSSSA e EAESSA

	Avaliação Pré-Intervenção					Avaliação Pós-Intervenção				
	FS-GE		FS-GC		α	FS-GE		FS-GC		α
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
ECSSSA	44.45	5.52	50	5.47	0.71	43.81	8.01	48.50	3.69	0.826
EAESSA – Ansiedade										
Comer e beber em público	3.18	1.32	4.00	2.13	0.595	3.63	1.56	4.00	0.81	0.653
Interação em novas situações sociais	13.81	2.6	15.5	1.73	0.599	12.27	3.13	14.0	2.94	0.848
Interação com o sexo oposto	11.2	4.26	15.0	2.16	0.855	12.40	4.37	14.0	3.46	0.888
Interações assertivas	15.3	4.20	19.5	4.4	0.811	14.9	5.02	17.25	6.5	0.913
Desempenho em situações sociais formais	11.18	3.06	13.00	2.94	0.748	11.72	2.68	11.5	3.0	0.700
Ser observado por outros	16.18	4.02	20.25	1.89	0.585	17.45	4.56	17.0	6.0	0.762
EAESSA – Evitamento										
Comer e beber em público	6.09	3.56	6.5	2.08	0.694	5.09	2.87	6.75	2.5	0.702
Interação em novas situações sociais	9.0	3.89	9.75	4.19	0.841	7.81	2.92	10.25	4.27	0.775
Interação com o sexo oposto	10.80	4.89	13.50	4.79	0.866	9.20	2.89	14.00	4.08	0.839
Desempenho em situações sociais formais	12.63	4.50	9.75	4.5	0.745	10.0	4.97	12.75	3.86	0.839
Interações assertivas	13.18	4.70	15.75	5.05	0.823	13.27	4.02	15.00	5.16	0.642
Ser observado por outros	7.90	3.67	7.00	2.44	0.752	7.27	4.29	7.50	2.08	0.769

FS-GE: Grupo Experimental; FS-GC: Grupo de Controlo; α : *Alfa de Cronbach*; ECSSSA: Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA: Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes.

Alterações estatísticas ao nível da ansiedade, do evitamento e dos comportamentos de segurança dos adolescentes em situações sociais

Tal como se pode observar na Tabela 3, na Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes, e na Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, discriminando os 6 fatores para a escala de ansiedade e os 6 fatores para a escala de evitamento, não se verificaram diferenças de médias estatisticamente significativas nos efeitos em estudo, nomeadamente, efeito tempo (avaliação pré-intervenção e avaliação pós-intervenção), efeito grupo (grupo experimental e grupo de controlo), efeito interação tempo e grupo. Contudo, na Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, quer na subescala de ansiedade quer na subescala de evitamento, verifica-se que, em alguns fatores, a magnitude do efeito é grande, nas condições tempo, grupo e interação tempo e grupo.

Tabela 3– Diferença de médias, nível de significância e tamanho do efeito para a ECSSSA e a EAESSA

	Tempo (pré e pós-intervenção)			Grupo (GE – GC)			Interação Tempo e Grupo		
	F (1.00; 13.00)	p	Partial Eta Squared	F (1.00; 13.00)	p	Partial Eta Squared	F (1.00; 13.00)	p	Partial Eta Squared
ECSSSA	0.330	0.576	0.025	2.451	0.141	0.159	0.054	0.820	0.004
EAESSA – Ansiedade									
Comer e beber em público	0.203	0.659	0.015	0.686	0.422	0.050	0.203	0.659	0.015
Interação em novas situações sociais	3.41	0.088	0.208	1.488	0.244	0.103	0.001	0.978	0.000
Interação com o sexo oposto	0.007	0.933	0.001	1.711	0.215	0.125	0.885	0.366	0.069
Interações assertivas	0.780	0.393	0.057	1.833	0.199	0.124	0.344	0.568	0.026
Desempenho em situações sociais formais	0.268	0.613	0.020	0.313	0.585	0.024	1.23	0.288	0.086
Ser observado por outros	0.527	0.481	0.039	0.712	0.414	0.052	2.75	0.121	0.175
EAESSA – Evitamento									
Comer e beber em público	0.502	0.491	0.037	0.370	0.553	0.028	1.39	0.259	0.097
Interação em novas situações sociais	0.209	0.655	0.016	0.637	0.439	0.047	1.27	0.279	0.089
Interação com o sexo oposto	0.298	0.595	0.024	2.832	0.118	0.191	1.08	0.318	0.083
Desempenho em situações sociais formais	0.024	0.878	0.002	0.001	0.978	0.000	5.86	0.031	0.311
Interações assertivas	0.059	0.812	0.005	0.880	0.365	0.063	0.096	0.762	0.007

Ser observado por outros	0.008	0.929	0.001	0.029	0.868	0.002	0.576	0.462	0.042
--------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

FS-GE: Grupo Experimental (GE); FS-GC: Grupo de Controlo (GC); Efeito tempo (avaliação pré-intervenção e avaliação pós-intervenção); Efeito tempo (avaliação pré-intervenção e avaliação pós-intervenção); Efeito grupo (grupo experimental e grupo de controlo); Efeito interação tempo (avaliação pré-intervenção e avaliação pós-intervenção) e grupo (grupo experimental e grupo de controlo). ECSSSA: Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; EAESSA: Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes.

Alterações estatísticas ao nível da interferência da ansiedade social na vida dos adolescentes

As médias e desvios-padrão referentes à Escala de Incapacitação de Sheehan encontram-se descritos na Tabela 4. Uma vez mais, os resultados mostram que não se verificaram diferenças de médias estatisticamente significativas nos efeitos em estudo, nomeadamente, efeito tempo (avaliação pré-intervenção e pós-intervenção), efeito grupo (grupo experimental e grupo de controlo) e efeito interação tempo e grupo.

No entanto, apesar dos resultados não serem significativos, observa-se uma descida do valor na média total do grupo experimental, da avaliação pré-intervenção para a avaliação pós-intervenção, enquanto no grupo de controlo se observou um aumento deste valor médio.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas, diferença de médias e nível de significância para a Escala de Incapacitação de Sheehan.

	FS-GE		FS-GC	
	M	DP	M	DP
Avaliação Pré-Intervenção	13.27	6.06	15.33	2.08
Avaliação Pós-Intervenção	12.36	4.84	15.66	4.93
	F (1.00; 12.00)		p	Partial Eta Squared
Tempo (pré e pós-intervenção)	0.021		0.886	0.002
Grupo (GE – GC)	0.922		0.356	0.071
Interação Tempo e Grupo	0.100		0.758	0.008

FS-GE: Grupo Experimental (GE); FS-GC: Grupo de Controlo (GC); Efeito tempo (avaliação pré-intervenção e avaliação pós-intervenção); Efeito grupo (grupo experimental e grupo de controlo); Efeito interação tempo (avaliação pré-intervenção e avaliação pós-intervenção) e grupo (grupo experimental e grupo de controlo).

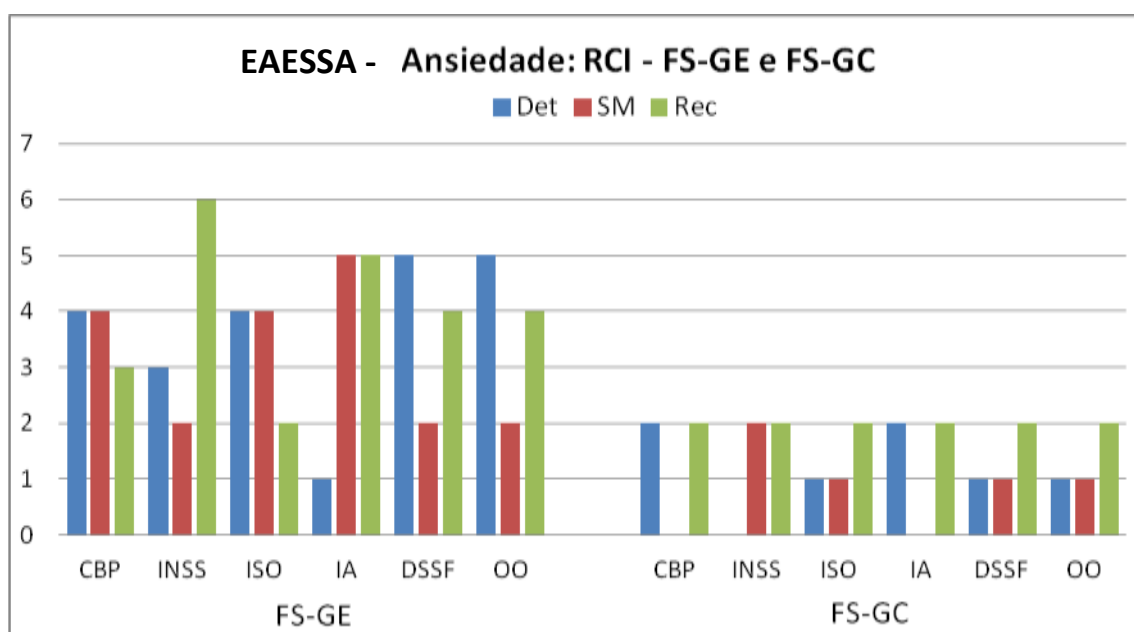
Mudanças clínicas na ansiedade e nos comportamentos de evitamento dos adolescentes

Em relação à Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, os resultados referentes às mudanças clínicas na subescala de ansiedade

são apresentados no Anexo C e os resultados referentes às mudanças clínicas na subescala de evitamento são apresentados no Anexo D, nomeadamente, o *score* da avaliação pré-intervenção, o *score* da avaliação pós-intervenção e o RCI para cada um dos 6 fatores que compõem a subescala de ansiedade e a subescala de comportamentos de evitamento.

Segundo as categorias de mudança clínica, os resultados indicam algumas diferenças, na subescala de ansiedade, entre grupo experimental e o grupo de controlo. As diferenças mostram que, no grupo experimental, o número de participantes que recuperou é menor do que no grupo de controlo. Como se observa no gráfico 1, o grupo experimental apresenta um total de um fator no qual a maioria dos sujeitos se situa na categoria recuperação. No grupo de controlo observa-se um total de três fatores em que a maior parte dos sujeitos se encontra na categoria recuperação.

Gráfico 1- Mudanças clínicas na ansiedade social no grupo experimental e no grupo de controlo



EAESSA: Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; RCI: Reliable Change Index – Índice de Mudança Confiável; Det: deterioração; SM: sem mudança; Rec: recuperação. CBP: comer e beber em público; INSS: interação em novas situações sociais; ISO: interação com o sexo oposto; IA: interações assertivas; DSSF: desempenho em situações sociais formais; OO: observação pelos outros. FS-GE: fobia social – grupo experimental; FS-GC: fobia social – grupo de controlo.

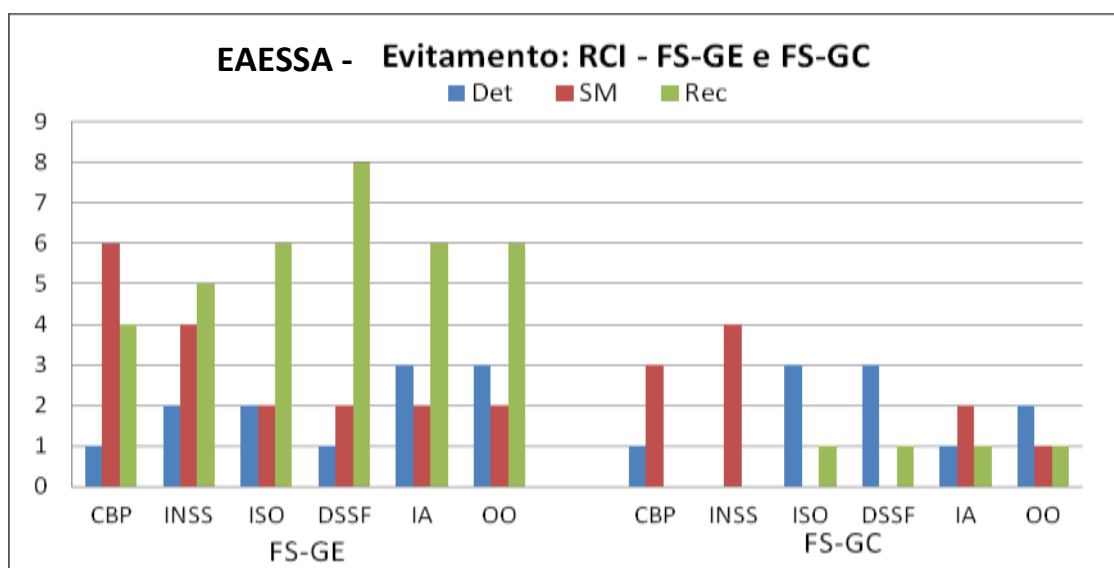
No grupo experimental, no fator interação em novas situações sociais, a maioria dos sujeitos situa-se na categoria recuperação (n=6, 54.5%); no fator interações assertivas, o maior número de sujeitos encontra-se quer na categoria sem mudança (n=5,

45.5%) quer na categoria recuperação (n=5, 45.5%). Nos fatores desempenho em situações sociais formais e observação pelos outros, a maioria dos sujeitos situa-se na categoria deterioração (n=5, 45.5%). Nos fatores comer e beber em público (n=4, 36.4%) e interação com o sexo oposto (n=4, 40%), o maior número de sujeitos registra-se simultaneamente nas categorias deterioração e sem mudança.

Em relação ao grupo de controlo, nos fatores interação com o sexo oposto, desempenho em situações sociais formais e observação pelos outros, o maior número de sujeitos inclui-se na categoria recuperação (n=2, 50%). Nos fatores comer e beber em público e interações assertivas, a maioria dos sujeitos situa-se simultaneamente nas categorias deterioração (n=2, 50%) e recuperação (n=2, 50%); e no fator interação em novas situações sociais observa-se a maioria dos sujeitos simultaneamente nas categorias sem mudança (n=2, 50%) e recuperação (n=2, 50%).

No gráfico 2 observam-se as mudanças clínicas, do grupo experimental e do grupo de controlo, em relação à subescala de evitamento. Os resultados apresentam, no grupo experimental, um maior número de participantes em recuperação, em comparação com o grupo de controlo. O grupo experimental apresenta um total de cinco fatores (em seis medidas presentes na escala) nos quais a maioria dos sujeitos se situa na categoria recuperação. O grupo de controlo apresenta simultaneamente um total de três fatores em que a maior parte dos sujeitos se encontra na categoria sem mudança e um total de três fatores em que a maior parte dos sujeitos se situa na categoria deterioração.

Gráfico 2 - Mudanças clínicas nos comportamentos de evitamento no grupo experimental e no grupo de controlo



EAESSA: Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; RCI: Reliable Change Index - Índice de Mudança Confiável; Det: deterioração; SM: sem mudança; Rec: recuperação. CBP: comer e beber em público; INSS: interação em novas situações sociais; ISO: interação com o sexo oposto; DSSF: desempenho em situações sociais formais; IA: interações assertivas; OO: observação pelos outros. FS-GE: fobia social – grupo experimental; FS-GC: fobia social-grupo de controlo.

No grupo experimental, no fator desempenho em situações sociais formais, a maioria dos sujeitos situa-se na categoria recuperação (n=8, 72.7%); tal como nos fatores interação com o sexo oposto (n=6, 60%), interações assertivas (n=6, 54.6%), observação pelos outros (n=6, 54.6%) e interação em novas situações sociais (n=5, 45.5%), o maior número de sujeitos verifica-se igualmente na categoria recuperação. No fator comer e beber em público, a maioria dos sujeitos situa-se na categoria sem mudança (n=6, 54.6%).

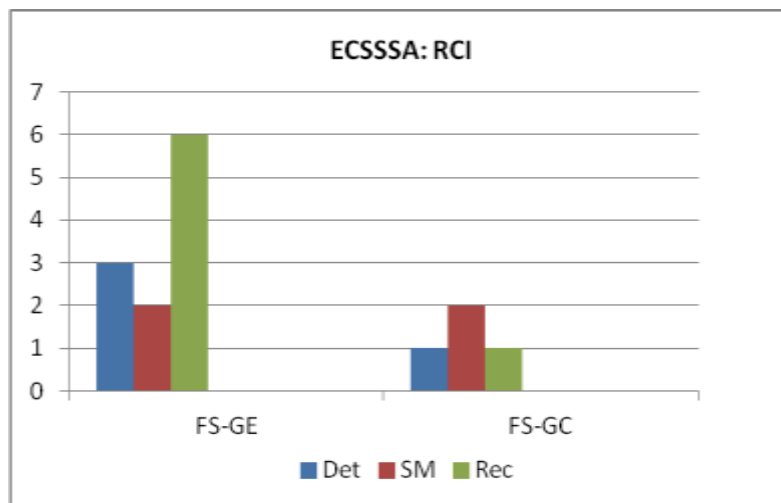
Quanto ao grupo de controlo, no fator interação em novas situações sociais, o maior número de sujeitos situa-se na categoria sem mudança (n=4, 100%); tal como no fator comer e beber em público (n=3, 75%) e no fator interações assertivas (n=2, 50%). Nos fatores interação com o sexo oposto (n=3, 75%), desempenho em situações sociais formais (n=3, 75%) e observação pelos outros (n=2, 50%), o maior número de sujeitos encontra-se na categoria deterioração.

Mudanças clínicas nos comportamentos de segurança dos adolescentes

Os resultados referentes às mudanças clínicas nos comportamentos de segurança dos adolescentes são apresentados no Anexo E, designadamente, o *score* da avaliação pré-intervenção e da avaliação pós-intervenção, e o RCI, referentes à Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes.

No gráfico 3 observam-se as mudanças clínicas dos adolescentes do grupo experimental e do grupo de controlo em relação aos comportamentos de segurança. Os resultados mostram que, no grupo experimental, o número de participantes que recuperou é maior do que no grupo de controlo. No grupo experimental verifica-se que a maioria dos sujeitos se situa na categoria recuperação (n=6, 54.6%). No grupo de controlo, o maior número de sujeitos encontra-se na categoria sem mudança (n=2, 50%).

Gráfico 3 - Mudanças clínicas nos comportamentos de segurança no grupo experimental e no grupo de controlo



ECSSSA=Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; RCI: Reliable Change Index - Índice de Mudança Confiável; Det: deterioração; SM: sem mudança; Rec: recuperação. FS-GE: fobia social – grupo experimental; FS-GC: fobia social – grupo de controlo.

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo investigar a eficácia terapêutica de uma intervenção comportamental em adolescentes com ansiedade social, estudantes nos 9º, 11º e 12º anos de escolaridade. Especificamente, foram investigadas as alterações no grupo experimental (i.e., adolescentes que foram alvo de intervenção comportamental) nas variáveis ansiedade, comportamentos de evitamento, comportamentos de segurança e impacto da ansiedade social a nível académico, social e familiar, por comparação ao grupo de controlo (efeito grupo). Do mesmo modo, analisou-se a variação da avaliação pré-intervenção para a avaliação pós-intervenção dos participantes (efeito tempo). Por fim, examinou-se a interação do efeito tempo e do efeito grupo (efeito interação tempo e grupo).

Os resultados mostram que, contrariamente ao esperado, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos efeitos em estudo, para as variáveis ansiedade, comportamentos de evitamento, comportamentos de segurança e impacto da ansiedade social a nível académico, social e familiar. Estes resultados podem sugerir que a intervenção comportamental, tal como definida neste estudo, não teve uma eficácia terapêutica estatisticamente significativa nos adolescentes com ansiedade social.

Apesar dos resultados obtidos, verificou-se que a magnitude do efeito é grande para certos fatores da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, quer na subescala de ansiedade e quer na subescala de evitamento, para

as condições tempo, grupo e interação tempo-grupo, o que poderá indicar alguma relevância dos resultados ao nível clínico (Loureiro & Gameiro, 2011).

No presente estudo, foram também analisadas as mudanças clínicas em cada participante, por comparação nos grupos experimental e de controlo, em relação à intervenção comportamental nas variáveis ansiedade, comportamentos de evitamento e comportamentos de segurança. Os resultados mostram algumas diferenças entre os grupos na distribuição por categorias de mudança clínica.

Na subescala de ansiedade da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, as diferenças, entre o grupo experimental e o grupo de controlo, infirmam o esperado. No grupo experimental verifica-se que um menor número de participantes recuperou (recuperação em apenas um fator) em comparação com o grupo de controlo (recuperação em três fatores). Estes dados podem ir ao encontro da ideia apresentada por Vagos et al (submetido) de que a estratégia de exposição não elimina, de imediato e a curto prazo, a ansiedade nos adolescentes. Numa fase inicial, a estratégia de exposição pode inclusivamente potenciar a ansiedade social, ao “obrigar” os adolescentes a confrontarem-se com situações temidas e que têm vindo a ser evitadas. Assim, uma vez que a intervenção implementada neste estudo contemplou seis sessões de intervenção comportamental, este número pode ter sido insuficiente para se verificar uma redução na ansiedade social dos participantes do grupo experimental e para se verificar a consequente recuperação clínica. Não obstante, a recuperação observada nos participantes do grupo de controlo, ao nível da ansiedade, poderá estar associada a comportamentos de evitamento das situações sociais, que são mantidos e intensificados por reforço negativo, uma vez que reduzem a ansiedade social (Piccirillo et al, 2016; Vagos et al, submetido)

Na subescala de evitamento, da Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes, os resultados mostram diferenças relevantes entre o grupo experimental e o grupo de controlo por categoria de mudança clínica, corroborando o esperado. Nomeadamente, no grupo experimental, a maioria dos participantes apresenta recuperação (recuperação em cinco fatores) ao contrário dos participantes do grupo de controlo que apresentam, nos vários fatores, deterioração ou sem mudança. De modo semelhante, na Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes, os resultados também mostram diferenças relevantes, por categorias de mudança clínica, nos comportamentos de segurança relatados por participantes do grupo experimental e do grupo de controlo. A maioria dos participantes do grupo experimental

apresenta recuperação clínica, enquanto a maioria dos participantes do grupo de controlo encontra-se na categoria clínica sem mudança, confirmando a hipótese esperada. Estas diferenças indicam que a intervenção comportamental, aplicada neste estudo, contribuiu para a redução / eliminação dos comportamentos de evitamento e dos comportamentos de segurança nos participantes, possibilitando que as situações temidas sejam enfrentadas sem recurso a este tipo de comportamentos. A redução / eliminação dos comportamentos de segurança e dos comportamentos de evitamento é considerada fundamental no tratamento da ansiedade social, nomeadamente, a constatação de que estes comportamentos não são necessários para o desempenho social (Piccirillo et al, 2016; Vagos et al, submetido).

Apesar de nas variáveis em estudo, os resultados não serem significativos do ponto de vista estatístico, verifica-se uma maior propensão para a recuperação clínica nos participantes do grupo experimental em comparação com os do grupo de controlo, em relação aos comportamentos de evitamento e aos comportamentos de segurança, que foram alvos diretos da intervenção, cumprindo o sugerido no âmbito das intervenções comportamentais e das intervenções comportamentais em ansiedade social em particular (Vagos et al., submetido).

É possível que a duração da intervenção comportamental implementada, seis sessões semanais ao longo de 6 a 9 semanas, não tenha sido suficiente para produzir resultados estatisticamente significativos. A intervenção comportamental teve como estratégia transversal a exposição, sendo combinada com outras estratégias comportamentais. A exposição aos estímulos sociais receados deve ser específica, gradual, repetida e prolongada (Pinto Gouveia, 2000). Embora se tenham assegurado os aspetos mencionados, é possível que um maior número de sessões, permitisse maior eficácia na redução da ansiedade dos participantes, quer durante as sessões quer fora das sessões, nomeadamente pela maior idiossincrasia do plano de exposição que cada participante enfrenta.

A dimensão da amostra pode, eventualmente, ser considerada pequena, o que poderá justificar os resultados estatisticamente não significativos. Contudo, destaca-se que se trata de uma amostra clínica de adolescentes com ansiedade social e nem sempre é possível conseguir uma amostra clínica com esta dimensão. A participação das escolas foi um contributo positivo para se ter conseguido uma amostra com esta dimensão.

As diferentes etapas (seleção, avaliação, intervenção...) da presente intervenção decorreram em contexto escolar, admitindo-se a possível influência deste contexto nas

sessões de intervenção. Esta influência poderá justificar a ausência de resultados estatisticamente significativos e o facto de que as mudanças clínicas não terem correspondido às expectativas da investigação, na subescala de ansiedade, da EAESSA. O contexto escolar é particularmente desafiante para os adolescentes, em especial, para adolescentes com ansiedade social, por reunir eventos temidos que ocorrem simultaneamente e envolver interações formais e informais (Kearney, 2005; Pinto Gouveia, 2000). As situações temidas não são mutuamente exclusivas ou qualitativamente distintas, mas estão correlacionadas e têm que ser enfrentadas em simultâneo (Kodal, 2017), ao mesmo tempo que são imprevisíveis, assim favorecendo o desenvolvimento e a permanência da ansiedade nos adolescentes (Mineka & Oehlberg, 2008). Neste estudo em particular, acresce que os participantes frequentaram, aquando da intervenção, um ano de escolaridade com exames nacionais finais (9º, 11º e 12º anos de escolaridade).

A intervenção em grupo é uma estratégia controversa, mas que tem evidenciado alguma eficácia terapêutica na ansiedade social (Barkowski et al., 2016). Por um lado, como sugerido por Barkowski et al. (2016), as características da perturbação de ansiedade social não se coadunam com o contexto de grupo, podendo explicar a recusa e/ou abandono de alguns dos participantes seleccionados para a intervenção. Por outro lado, o facto de a intervenção ter decorrido em formato de grupo constituiu uma forma de exposição, possibilitando, tal como esperado, a recuperação clínica dos participantes ao nível dos comportamentos de evitamento e de segurança. O formato de grupo pode também ter incentivado a adoção de comportamentos de gestão (*coping*) e a eliminação de comportamentos de segurança, permitindo a distinção destes tipos de comportamentos. Ao mesmo tempo, o formato de grupo, pode ter contribuído para a obtenção de algum sucesso social, contestando a autoimagem negativa das próprias competências sociais (Piccirillo et al., 2016).

Em investigações futuras pode sugerir-se a replicação do presente estudo numa amostra maior e com um maior número de sessões, para comprovar se os resultados estatísticos serão significativos; tendo em consideração os elevados tamanhos dos efeitos obtidos neste estudo associados a resultados não significativos, pode dar-se o caso de um forte impacto do número da amostra na não significância dos resultados obtidos. Poderá ter interesse analisar e comparar a eficácia terapêutica da intervenção comportamental em formato individual e em formato de grupo, quanto à adesão / abandono à intervenção pelos participantes e quanto à recuperação clínica destes. Do

mesmo modo, será interessante analisar os efeitos a médio e longo termo desta intervenção comportamental, nomeadamente, através do estudo do follow-up, cujos resultados não foram obtidos atempadamente para a presente investigação. Por fim, será relevante considerar o estudo da conservação da recuperação clínica dos participantes, uma vez que se considerou que a duração da intervenção não foi suficiente para produzir resultados expressivos ao nível da ansiedade, ainda que tenha sido evidente a recuperação clínica dos participantes nas dimensões comportamentais.

O presente estudo propõe uma intervenção comportamental para a ansiedade social em adolescentes. O propósito foi avaliar a eficácia terapêutica desta intervenção, que usa a estratégia de exposição, mas que a transcende por não a considerar exclusiva, reconhecendo a importância de a combinar com outras estratégias comportamentais. De acordo com o nosso conhecimento atual, não existe nenhuma intervenção comportamental para a ansiedade social em adolescentes com estas características. Este estudo apresenta algumas evidências prévias de eficácia terapêutica ao nível dos comportamentos de evitamento e dos comportamentos de segurança dos adolescentes que participaram no estudo. Os resultados obtidos podem estimular a curiosidade científica para concretizar futuras investigações no âmbito da intervenção comportamental em adolescentes com ansiedade social.

Referências Bibliográficas

- Ahrens, L. M., Pauli, P., Reif, A., Mühlberger, A., Langs, G., Aalderink, T., & Wieser, M. J. (2016). Fear conditioning and stimulus generalization in patients with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 36–46. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.10.003.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 44–64. doi:10.1016/j.janxdis.2016.02.005.
- Clark, D. & Beck, A. (2010). Cognitive therapy of social phobia. In D. Clark & A. Beck, *Cognitive therapy of anxiety disorders* (pp. 332-388). NY: The Guilford Press.
- Conboy, J. E. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 2, 145–158. doi: 10.14417/ap.29.

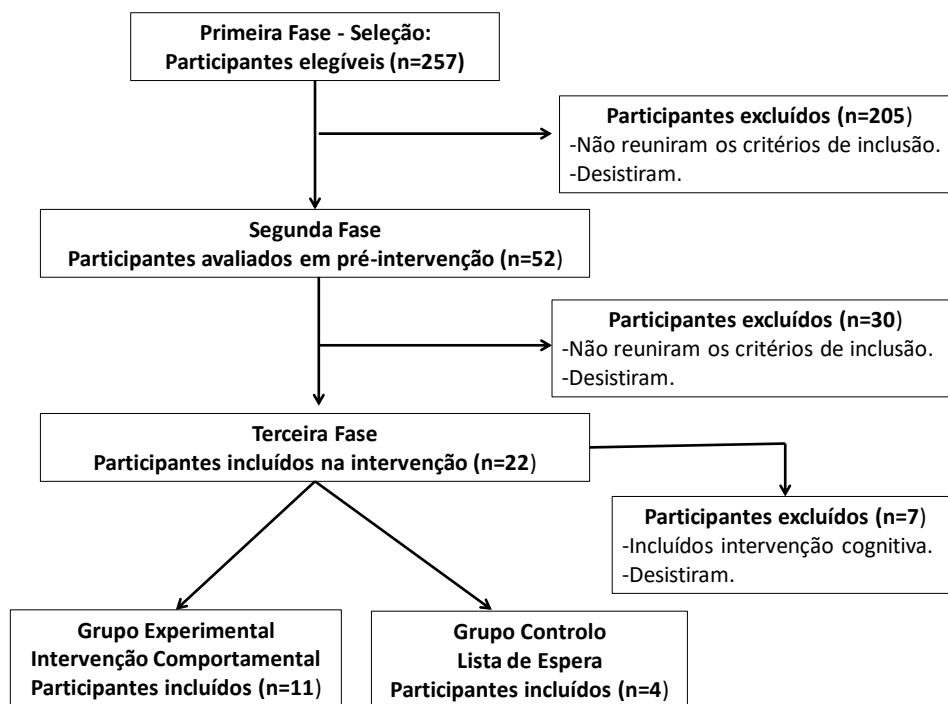
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M. C. (2004). Avaliação da ansiedade na adolescência: A versão portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249-263.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Salvador, M. C., & Alegre, S. (2004). Medos Sociais na Adolescência: a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36, 195-217.
- Dymond, S., & Roche, B. (2009). A Contemporary Behavior Analysis of Anxiety and Avoidance. *The Behavior Analyst*, 32(1), 7–27. doi: 10.1007/BF03392173.
- Hofmann, Stefan G. & DiBartolo, P. M. (2010). *Social Anxiety. Clinical, Developmental and Social Perspectives* (2ª Edição). Boston: Elsevier.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39 (1), 12-19.
- Kearney, C.A. (2005). *Social Anxiety and Social Phobia in Youth. Characteristic, Assessment, and Psychological Treatment*. New York: Springer Science.
- Kodal, A., Bjelland, I., Gjestad, R., Wergeland, G. J., Havik, O. E., Heiervang, E. R., & Fjermestad, K. (2017). Subtyping social anxiety in youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 40–47. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.03.009.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83-94.
- Loureiro, L.M.J & Gameiro, M.G.H. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 151–162.
- Maassen, G. H. (2001). The unreliable change of reliable change indices. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 495–498. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00029-2.
- Mineka, S., & Oehlberg, K. (2008). The relevance of recent developments in classical conditioning to understanding the etiology and maintenance of anxiety disorders. *Acta Psychologica*, 127(3), 567–580. doi: 10.1016/j.actpsy.2007.11.007.
- Morrison, A. S. A., & Heimberg, R. G. R. (2013). Social anxiety and social anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 249–74. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631.
- Piccirillo, M. L., Taylor Dryman, M., & Heimberg, R. G. (2016). Safety Behaviors in

- Adults With Social Anxiety: Review and Future Directions. *Behavior Therapy*, 47(5), 675–687. doi:10.1016/j.beth.2015.11.005.
- Pinto Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social: da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (2003). Assessment of Social Phobia by Self-Report Questionnaires: The Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale & the Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 291-311.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E., & Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1181–1191. doi:10.1016/j.brat.2006.07.015.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883–908. doi: 10.1016/j.cpr.2004.07.007.
- Sheehan, D. Shytle, D. Milo, K. &, Janavs, J. (1998-2016). M.I.N.I. kid. Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Crianças e Adolescentes (versão 7.0.2). Material não publicado.
- Silva, S., Salvador, M. C., & Pinto-Gouveia, J. P. (2010). Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes (ECSSSA): Características psicométricas. Poster apresentado nas *I Jornadas de Iniciação Investigação Em Psicologia*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (1994). *Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Thwaites, R., & Freeston, M. H. (2005). Safety-seeking behaviours: Fact or function? How can we clinically differentiate between safety behaviours and adaptive coping strategies across anxiety disorders? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(November 2016), 177–188. doi:10.1017/S1352465804001985.
- Vagos, P. (2010). *Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência*. Tese de doutoramento não publicada. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Vagos, P., Salvador, M.C. & Rijo, D. (2016) Manual de Intervenção - Abordagem Comportamental. Material não publicado.

- Vagos, P., Salvador, M.C., Rijo, D., Pandeirada, J., & Essau, C. (submetido). A behavioral approach to case formulation and intervention in social anxiety.
- Vagos, P., Pereira, A., & Cunha, M. (2014). Evaluating social fears in late adolescence: Study with a Portuguese sample. *European Journal of Developmental Psychology*, 11(3), 373-385. doi:10.1080/17405629.2013.841093.
- Wise, E. A. (2004). Methods for Analyzing Psychotherapy Outcomes: A Review of Clinical Significance, Reliable Change, and Recommendations for Future Directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 37–41. doi: 1207/s15327752jpa8201_10.

Anexos

Anexo A – Procedimentos de seleção dos participantes e da amostra



Anexo B – Planificação da Intervenção Comportamental

Nº da Sessão	Objetivos	Dinâmicas	Registos
1	<p>A. Apresença dos membros do grupo.</p> <p>B. Definir regras básicas para o funcionamento do grupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confiança. - Confidencialidade. - Assiduidade. - Participação ativa dentro e fora das sessões... <p>C. Compreender e comprometer-se com a explicação do Modelo Comportamental para a ansiedade social, especificamente, em relação aos comportamentos de segurança face à perceção de perigo social e o efeito de contingência na manutenção da ansiedade social.</p> <p>D. Sugerir atividades extra sessão (trabalho de casa).</p>	<p>a. Aqui mando eu.</p> <p>b. As leis da sobrevivência.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O caso da Maria. - Fugir. - Congelar. - Lutar. 	<p>A. Como te sentes hoje? (participante)</p> <ul style="list-style-type: none"> - registo semanal de ansiedade social. <p>B. Como se sentiram hoje? (terapeuta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - índice de impressão global do clínico: - registo de adesão à sessão.
2	<p>A. Estabelecer uma hierarquia de eventos sociais temidos, de acordo com unidades subjetivas de desconforto.</p> <p>B. Explorar os tipos de comportamentos automaticamente praticados em eventos sociais (ou seja, fugir, congelar, lutar) e as respostas funcionais alternativas de enfrentamento face eventos sociais (estratégias de <i>coping</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as leis de sobrevivência e os comportamentos de gestão. <p>C. Sugerir atividades extra sessão (trabalho de casa).</p>	<p>a. O campeonato dos medos</p> <p>b. Fugir, lutar, congelar e gerir.</p>	<p>A. Como te sentes hoje? (participante)</p> <ul style="list-style-type: none"> - registo semanal de ansiedade social. <p>B. Como se sentiram hoje? (terapeuta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - índice de impressão global do clínico: - registo de adesão à sessão.
3	<p>A. Simular sintomas fisiológicos associados a respostas de luta e explorar a respiração diafragmática como estratégia alternativa de enfrentamento funcional.</p> <p>B. Exposição comportamental (ou seja, role-play) a eventos sociais associados a uma resposta de luta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamentos de segurança. <p>C. Sugerir atividades extra sessão (trabalho de casa).</p>	<p>a. Recordar é avançar</p> <p>b. Desligar o piloto automático</p>	<p>A. Como te sentes hoje? (participante)</p> <ul style="list-style-type: none"> - registo semanal de ansiedade social. <p>B. Como se sentiram hoje? (terapeuta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - índice de impressão global do clínico: - registo de adesão à sessão.
4	<p>A. Simular sintomas fisiológicos associados a respostas de congelamento e exploração do relaxamento muscular progressivo como estratégia alternativa de enfrentamento funcional.</p> <p>B. Exposição comportamental (ou seja, role-play) a eventos sociais associados a uma resposta de congelamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de reforço positivo. <p>C. Sugerir atividades extra sessão (trabalho de casa).</p>	<p>a. Recordar é avançar</p> <p>b. Descongelar e socializar</p>	<p>A. Como te sentes hoje? (participante)</p> <ul style="list-style-type: none"> - registo semanal de ansiedade social. <p>B. Como se sentiram hoje? (terapeuta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - índice de impressão global do clínico: - registo de adesão à sessão.

5	<p>A.Exposição comportamental (ou seja, role-play) a uma situação hipotética em que uma contingência negativa surgiu do desempenho social dos indivíduos.</p> <p>B. Ativação comportamental, especificamente, face a eventos sociais que produziram comportamentos de fuga e, simultaneamente, associar atividades de prazer ou de domínio. - Contracondicionamento.</p> <p>C. Sugerir atividades extra sessão (trabalho de casa).</p>	<p>a. Acrescentar o ponto ao conto</p> <p>b. Escolher fazer - Gerir.</p> <p>- Respiração diafragmática.</p> <p>- Relaxamento muscular...</p>	<p>A.Como te sentes hoje? (participante) - registo semanal de ansiedade social.</p> <p>B.Como se sentiram hoje? (terapeuta) - índice de impressão global do clínico: - registo de adesão à sessão.</p>
6	<p>A. Rever as estratégias, aplicadas durante as seis sessões, para lidar funcionalmente com eventos sociais.</p> <p>B. Planificar a ativação comportamental face a eventos sociais que se espera que ocorram num futuro próximo. - Plano de manutenção da exposição e de ativação comportamental.</p> <p>C. Sugerir atividades extra sessão (trabalho de casa).</p> <p>D. Marcar a avaliação de pós-intervenção.</p>	<p>a. Em retrospectiva</p> <p>b. Em prospetiva</p>	<p>A.Como te sentes hoje? (participante) - registo semanal de ansiedade social.</p> <p>B.Como se sentiram hoje? (terapeuta) - índice de impressão global do clínico: - registo de adesão à sessão.</p>

(Vagos et al, não publicado)

Anexo C – Pontuação da avaliação pré e pós intervenção e RCI para a EAESSA – itens de ansiedade

EAESSA – Ansiedade																			
	Suj	Comer e beber em público			Interação em novas situações sociais			Interação com o sexo oposto			Interações assertivas			Desempenho em situações sociais formais			Ser observado por outros		
		Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI
FS-GE	1	3.00	5.00	3.73	15.00	10.00	-4.43	11.00	11.00	0.00	13.00	14.00	0.84	7.00	8.00	0.90	19.00	19.00	0.00
	2	6.00	6.00	0.00	13.00	16.00	2.66	11.00	12.00	1.21	16.00	16.00	0.00	15.00	14.00	-0.90	19.00	26.00	6.64
	3	2.00	2.00	0.00	7.00	7.00	0.00	5.00	5.00	0.00	10.00	7.00	-2.53	13.00	10.00	-2.71	12.00	12.00	0.00
	4	2.00	2.00	0.00	15.00	10.00	-4.43		7.00		14.00	9.00	-4.22	9.00	9.00	0.00	13.00	10.00	-2.85
	5	4.00	2.00	-3.73	14.00	16.00	1.77	17.00	17.00	0.00	17.00	18.00	0.84	7.00	8.00	0.90	21.00	19.00	-1.90
	6	2.00	6.00	7.45	13.00	14.00	0.89	5.00	18.00	15.72	12.00	24.00	10.14	8.00	15.00	6.32	9.00	18.00	8.54
	7	2.00	4.00	3.73	15.00	9.00	-5.32	9.00	7.00	-2.42	21.00	18.00	-2.53	13.00	15.00	1.81	16.00	22.00	5.69
	8	3.00	2.00	-1.86	13.00	12.00	-0.89	9.00	10.00	1.21	10.00	9.00	-0.84	10.00	11.00	0.90	18.00	19.00	0.95
	9	3.00	3.00	0.00	16.00	16.00	0.00	15.00	17.00	2.42	15.00	15.00	0.00	15.00	14.00	-0.90	12.00	13.00	0.95
	10	5.00	4.00	-1.86	17.00	14.00	-2.66	15.00	15.00	0.00	18.00	15.00	-2.53	13.00	12.00	-0.90	19.00	16.00	-2.85
	11	3.00	4.00	1.86	14.00	11.00	-2.66	15.00	12.00	-3.63	23.00	19.00	-3.38	13.00	13.00	0.00	20.00	18.00	-1.90
FS-GC	Suj	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI
	12	7.00	5.00	-3.73	17.00	17.00	0.00	15.00	15.00	0.00	16.00	18.00	1.69	13.00	13.00	0.00	19.00	19.00	0.00
	13	4.00	3.00	-1.86	14.00	14.00	0.00	14.00	15.00	1.21	18.00	23.00	4.22	9.00	13.00	3.61	19.00	20.00	0.95
	14	2.00	4.00	3.73	14.00	10.00	-3.55	13.00	9.00	-4.84	18.00	8.00	-8.45	14.00	7.00	-6.32	20.00	8.00	-11.38
	15	3.00	4.00	1.86	17.00	15.00	-1.77	18.00	17.00	-1.21	26.00	20.00	-5.07	16.00	13.00	-2.71	23.00	21.00	-1.90

FS-GE: Grupo Experimental (GE); FS-GC: Grupo de Controlo (GC); Suj: Sujeito; EAESSA: Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; RCI: Reliable Change Index - Índice de Mudança Confiável.

Anexo D – Pontuação da avaliação pré e pós intervenção e RCI para a EAESSA – itens de evitamento

EAESSA – Evitamento																			
	Suj	Comer e beber em público			Interação em novas situações sociais			Interação com o sexo oposto			Desempenho em situações sociais formais			Interações assertivas			Ser observado por outros		
		Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI
FS-GE	1	5.00	5.00	0.00	6.00	5.00	-0.84	10.00	7.00	-3.51	9.00	5.00	-3.13	12.00	18.00	3.87	5.00	4.00	-0.96
	2	14.00	13.00	-1.30	11.00	14.00	2.52	12.00	14.00	2.34	21.00	22.00	0.78	18.00	15.00	-1.93	17.00	19.00	1.91
	3	3.00	3.00	0.00	3.00	3.00	0.00	5.00	5.00	0.00	11.00	7.00	-3.13	10.00	8.00	-1.29	7.00	5.00	-1.91
	4	3.00	3.00	0.00	11.00	7.00	-3.36		7.00		11.00	5.00	-4.70	10.00	10.00	0.00	8.00	5.00	-2.87
	5	9.00	4.00	-6.51	12.00	9.00	-2.52	17.00	12.00	-5.85	10.00	8.00	-1.57	17.00	12.00	-3.22	11.00	5.00	-5.74
	6	4.00	4.00	0.00	4.00	8.00	3.36	5.00	9.00	4.68	8.00	12.00	3.13	6.00	14.00	5.16	4.00	7.00	2.87
	7	4.00	5.00	1.30	11.00	9.00	-1.68	7.00	6.00	-1.17	15.00	12.00	-2.35	11.00	18.00	4.51	7.00	10.00	2.87
	8	3.00	3.00	0.00	5.00	5.00	0.00	7.00	7.00	0.00	6.00	6.00	0.00	8.00	7.00	-0.64	6.00	6.00	0.00
	9	5.00	4.00	-1.30	9.00	8.00	-0.84	12.00	11.00	-1.17	16.00	12.00	-3.13	15.00	12.00	-1.93	5.00	4.00	-0.96
	10	10.00	5.00	-6.51	15.00	10.00	-4.20	19.00	11.00	-9.36	17.00	13.00	-3.13	17.00	13.00	-2.58	10.00	8.00	-1.91
	11	7.00	7.00	0.00	12.00	8.00	-3.36	14.00	10.00	-4.68	15.00	8.00	-5.48	21.00	19.00	-1.29	7.00	7.00	0.00
FS-GC	Suj	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI	Pré	Pós	RCI
	12	9.00	10.00	1.30	14.00	15.00	0.84	16.00	19.00	3.51	12.00	17.00	3.92	13.00	17.00	2.58	7.00	10.00	2.87
	13	7.00	7.00	0.00	11.00	12.00	0.84	13.00	14.00	1.17	6.00	15.00	7.05	20.00	21.00	0.64	7.00	7.00	0.00
	14	4.00	4.00	0.00	4.00	5.00	0.84	7.00	9.00	2.34	6.00	9.00	2.35	10.00	9.00	-0.64	4.00	5.00	0.96
	15	6.00	6.00	0.00	10.00	9.00	-0.84	18.00	14.00	-4.68	15.00	10.00	-3.92	20.00	13.00	-4.51	10.00	8.00	-1.91

FS-GE: Grupo Experimental (GE); FS-GC: Grupo de Controlo (GC); Suj: Sujeito; EAESSA: Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; RCI: Reliable Change Index - Índice de Mudança Confiável.

ECSSSA				
FS-GE	Suj	Pré	Pós	RCI
	1	44.00	41.00	-1.67
	2	52.00	50.00	-1.11
	3	32.00	29.00	-1.67
	4	46.00	44.00	-1.11
	5	40.00	48.00	4.45
	6	42.00	47.00	2.78
	7	43.00	54.00	6.12
	8	44.00	29.00	-8.35
	9	48.00	47.00	-0.56
	10	51.00	46.00	-2.78
	11	47.00	47.00	0.00
FS-GC	Suj	Pré	Pós	RCI
	12	51.00	51.00	0.00
	13	54.00	47.00	-3.89
	14	42.00	44.00	1.11
	15	53.00	52.00	-0.56

FS-GE: Grupo Experimental (GE); FS-GC: Grupo de Controlo (GC); Suj: Sujeito; ECSSSA: Escala de Comportamentos de Segurança em Situações Sociais para Adolescentes; RCI: Reliable Change Index - Índice de Mudança Confiável.